

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

469

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Edouard LÉVY

Né le 9 décembre 1908, à Bucarest

Contribution à l'Étude

de la

Torsion de l'Hydatide de Morgagni
chez les Adolescents

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Edouard LÉVY

Né le 9 décembre 1908, à Bucarest

Contribution à l'Étude
de la

Torsion de l'Hydatide de Morgagni
chez les Adolescents

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ABRAMI. ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. CHIRAY. DONZELOT. DUVOIR. HARVIER. LIAN. VALLERY-RADOT (Pasteur). SÉZARY.	} Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCQ. CADENAT. GATELLIER. HEITZ-BOYER. MOURE. QUÉNU. SCHWARTZ. VELTER.	} Clinique chirurgicale
MM. ÉCALLE. GUÉNIOT. LE LORIER LÉVY-SOLAL. METZGER.	} Clinique obstétricale		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LÉBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Auxquels je dois tout, je dédie ce modeste
travail, faible témoignage d'affection et
de gratitude.*

A MON COUSIN F. WIEDER

*Que je prie de croire à ma profonde
reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A M. LE PROFESSEUR LENORMANT

Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre jury, Nous le prions d'agréer, avec tous nos remerciements, l'hommage de notre profond respect.

A M. LE DOCTEUR FAYOT

Qui nous a accueilli avec bienveillance, a inspiré notre sujet et guidé de ses conseils. Nous le prions de croire à notre très respectueuse reconnaissance.

**Contribution à l'Étude
de la Torsion de l'Hydatide de Morgagni
chez les Adolescents**

HISTORIQUE

L'affection, dont nous nous proposons de tracer l'histoire, n'est connue que depuis 1923 ; sans qu'on puisse dire qu'elle est exceptionnelle, elle est rare. C'est à cause de cela que son histoire n'est pas chargée.

Si nous suivons, dans le passé, les descriptions et les classifications établies sur les orchites aiguës de l'enfance, nous trouverons, successivement, plusieurs syndromes jusqu'à la description faite par Mouchet en 1923, sur la torsion de l'hydatide de Morgagni, dont il établit l'existence clinique.

En 1876, Gosselin décrit une orchite aiguë, dont la nature n'était ni toxique, ni infectieuse et dont l'évolution se faisait vers l'atrophie. Il l'appela orchite des masturbateurs, car il l'attribua à la masturbation.

Plus tard, soit que cette orchite tombât dans l'oubli, soit parce que on croyait qu'elle ne répondait pas à la réalité clinique, on décrit une orchite aiguë tuberculeuse, se terminant par fistule et élimination de la glande ; la maladie ne présente aucune autre

localisation viscérale. Le fait le plus surprenant c'est que, contrairement à l'évolution de toute fistule tuberculeuse, elle ne s'infecte pas et guérit en six à sept semaines.

En 1913, en publiant une série de sept observations, Ombrédanne attira l'attention sur la torsion testiculaire chez l'enfant. Il disait que l'évolution se fait, dans les cas défavorables, vers l'atrophie du testicule, même vers la suppuration et l'élimination de la glande, et, dans les cas favorables, vers la détorsion spontanée.

C'est à Mouchet que nous devons la connaissance de la torsion de l'hydatide de Morgagni aussi bien pour les formes aiguës, que pour les formes frustes.

En avril 1923, par une communication à la Société Nationale de Chirurgie, il confirme les constatations d'Ombrédanne, mais il ajoute qu'au cours des interventions pratiquées par lui, il a pu trouver, dans certains cas, une lésion dont il dit n'avoir trouvé aucune mention, ni dans la littérature médicale française, ni dans la littérature étrangère : c'est la torsion de l'hydatide de Morgagni.

Plus tard, Mouchet annonce avoir trouvé, ultérieurement, dans la littérature médicale anglaise, deux observations de torsion de l'hydatide de Morgagni, publiées en 1922 par Walton et Colt, donc un an avant ses premières observations, et dont il ignorait l'existence au moment de sa communication. Malgré cela, ses observations restent les premières qu'on ait publiées en France.

Immédiatement après sa communication, nous commençons à trouver des publications d'observations de torsion de l'hydatide de Morgagni.

Un mois plus tard, en mai 1923, Michel et Nicolleau publient l'observation d'un cas analogue. A la fin de l'année paraît l'observation de Rutalo, de Padoue.

En 1924, paraissent les observations de Michel et Nicolleau, de Bergeret et Denoy, en même temps qu'une nouvelle observation due à Mouchet.

A la fin de la même année paraît la thèse de Nicolleau, lequel affirme que la torsion de l'hydatide de Morgagni se traduit par des signes d'orchite aiguë, ressemblant à une torsion de testicule, que, à cause de cela le diagnostic est difficile et qu'en cas de doute, il faut toujours intervenir.

Au cours de l'année 1925, on publie une observation due à Jean, et trois autres dues à Leveuf, tandis qu'en 1926 on publie celle de Olry, Rocher et Rioux.

En 1927, Roucaute, dans sa thèse présentée à la faculté de médecine de Montpellier, dit que : orchite aiguë signifie torsion du cordon, tandis qu'orchite subaiguë signifie torsion de l'hydatide de Morgagni. Par la même occasion, il publie une observation nouvelle.

En 1928, Mouchet revient sur ses affirmations antérieures et dit qu'en dehors des cas d'orchite aiguë par torsion de l'hydatide, il a pu trouver cinq cas de torsion de l'hydatide de Morgagni débutant insidieu-

sement, à bas bruit, sans cause apparente et à évolution bénigne. Ce sont des orchites subaiguës.

Dès lors, la bibliographie s'enrichit de plusieurs publications. En 1929, paraissent les observations de Abernethy, de Londres, de Fèvre et Bureau, de Fèvre et puis de Paoli.

En 1930 et 1931, on publie plusieurs observations dues à Flach, G. Bonnet et Audry et Bec.

EMBRYOLOGIE

Dans les premiers jours de sa formation, l'œuf est constitué par 3 membranes :

- 1° une externe : l'ectoderme ;
- 2° une interne : l'endoderme ;
- 3° une moyenne : le mésoderme, qui se divise en 2 feuillets, dont l'externe forme avec l'ectoderme la somatopleure, et l'interne forme avec l'endoderme, la splanchnopleure. Entre ces 2 feuillets, il existe un espace, le coelome. A la partie la plus interne du coelome, à l'union des 2 feuillets, se trouve le germe uro-génital, aux dépens duquel vont prendre naissance le rein et le testicule.

L'évolution des appareils génital et urinaire étant intimement liée et les hydatides de Morgagni prenant naissance des mêmes organes initiaux que le rein, nous estimons que nous devons poursuivre l'étude embryologique des deux organes, dans le but de pouvoir expliquer plus clairement la genèse des hydatides de Morgagni.

Le rein cervical. — Il se forme dans la somatopleure, au niveau du germe uro-génital, une série de

bandelettes cellulaires, disposées les unes derrière les autres, qui s'unissent par leurs extrémités externes pour former un canal longitudinal, lequel sera réuni à la cavité coelomique par une série de tubes creux.

Le rein primordial (corps de Wolff) est formé par une série de canaux transversaux, disposés les uns derrière les autres, situés en arrière des canaux du rein cervical. Ils réunissent au coelome, le canal du rein cervical, lequel devient canal excréteur du rein primordial.

Le testicule prend naissance aux dépens d'une éminence de l'épithélium coelomique, appelée épithélium germinatif. Il va donner naissance, sur sa face interne, à une série de canaux, renfermant des grosses cellules, et sur sa face externe, à un autre canal, connu sous le nom de canal de Müller.

C'est à partir de ce moment (7^e ou 8^e semaine) que l'ébauche génitale évoluera vers le type mâle ou femelle. Lorsque l'orientation se fait vers le sexe masculin, les canaux se transforment en canalicules séminifères et les cellules qu'ils contiennent, deviennent des cellules séminales.

Le canal de Müller, une fois constitué, est formé par un tube qui prend naissance au niveau du corps de Wolff et se dirige vers la partie médiane du fœtus pour se réunir au canal du côté opposé. A ce moment, les testicules se trouvent de chaque côté de la colonne vertébrale, au-dessous des reins. Le testicule, défini-

tivement formé, migrera vers la région caudale. Il descendra dans le petit bassin, s'engagera par l'orifice profond du canal inguinal, sous la paroi antérieure de l'abdomen et déprimera l'orifice externe pour former les bourses. Le péritoine, entraîné par le testicule dans sa descente, formera la vaginale.

C'est à partir de l'extrémité postérieure du canal de Wolff que vont prendre naissance le canal épидидymaire et le canal déférent. Normalement, la partie la plus antérieure disparaît ; lorsqu'elle persiste, elle devient *l'hydatide pédiculée de Morgagni*.

Le canal de Müller disparaît presque en totalité chez l'homme ; ce n'est que ses deux extrémités qui persistent et elles vont donner naissance, pour l'inférieure, à l'utricule prostatique, pour l'autre, à *l'hydatide sessile de Morgagni*.

ANATOMIE

Dans le scrotum, le testicule se présente sous la forme d'un ovoïde, aplati dans le sens transversal ; son grand axe, dirigé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, est incliné de 45° sur l'horizontale.

Le testicule présente :

1° Deux faces latérales : interne et externe ;

2° Deux bords :

a) antéro-inférieur,

b) postéro-supérieur, qui répond dans toute sa longueur à l'épididyme ;

3° Deux extrémités :

- a) postérieure,
- b) antérieure, qui regarde en avant et en haut.
Cette extrémité présente parfois une petite saillie ; c'est l'hydatide de Morgagni.

Il existe deux hydatides de Morgagni :

- 1. une hydatide pédiculée,
- 2. une hydatide sessile.

Nous ferons la description des deux hydatides de Morgagni et y ajouterons celle d'un petit appendice du testicule qui s'appelle l'organe de Giraldès et qui a été, dans quelques cas, le siège de la torsion.

Hydatide sessile de Morgagni. — Elle se rencontre d'une façon beaucoup plus fréquente que l'hydatide pédiculée. On peut dire qu'elle est presque constante.

Elle siège à l'angle de réunion de la tête de l'épididyme et du bord antérieur du testicule, soit dans son voisinage immédiat, sur la tête de l'épididyme ou sur le testicule.

Elle affecte la forme d'une éminence arrondie.

Sa surface, généralement lisse, peut être irrégulière, même plurilobée. Sa couleur est jaunâtre.

Ses dimensions varient, ordinairement, entre 2 et 8 millimètres, mais elle peut atteindre de 15 à 18 millimètres.

Cette hydatide forme une masse compacte, ne présentant pas de cavité à son centre ; quelquefois pourtant, elle possède dans sa partie centrale une cavité tubuleuse. Exceptionnellement, celle-ci peut s'étendre du côté externe et s'ouvrir dans la vaginale

tandis que du côté interne elle se termine, le plus souvent, en cul-de-sac. Quand elle existe, la cavité peut être remplie d'un liquide contenant des spermatozoïdes.

Classiquement, l'hydatide sessile est constituée à son centre par une masse de tissu conjonctif, abondamment vascularisé. Sa surface est entourée d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, qui se modifie graduellement vers sa base, pour se continuer avec la vaginale. Un épithélium identique revêt la cavité centrale, lorsque celle-ci existe.

Certains auteurs ont rencontré des hydatides, se présentant soit sous la forme d'un orifice évasé et à bords frangés (Loewe), soit sous la forme d'un entonnoir se continuant par un canal central (Roth). Ils ont expliqué ces cas par le fait que l'extrémité péritonéale du canal de Müller, qui engendre chez le mâle l'hydatide sessile, donne naissance, chez la femme, au pavillon de la trompe utérine.

L'hydatide pédiculée de Morgagni se présente sous la forme d'une vésicule arrondie ou piriforme, reliée par une partie plus rétrécie, le pédicule, à la tête de l'épididyme.

Le diamètre de l'hydatide, de petites dimensions, mesure environ de 1,5 à 2 millimètres. Les dimensions du pédicule varient d'un sujet à l'autre ; sa longueur, ne dépassant pas 1 à 2 millimètres dans certains cas, peut atteindre 12 à 15 millimètres, dans d'autres cas.

L'hydatide pédiculée est formée par une enveloppe conjonctive, tapissée sur sa face interne par un épithélium cylindrique à cils vibratiles et renfermant à son centre du liquide transparent.

L'hydatide n'est pas constante. Par contre, on peut trouver parfois plusieurs hydatides pédiculées sur le même testicule. Bien que la glande soit reliée à l'épididyme, il ne paraît pas exister une communication entre elle et les canaux séminifères.

Les auteurs sont d'accord à la considérer comme le reliquat du fragment supérieur du canal de Wolff.

L'organe de Giralès (corps innominé). C'est ainsi qu'on appelle un petit appendice situé à la partie antérieure du cordon spermatique, de 1-3 millimètres au-dessus de la tête de l'épididyme. Son siège est presque toujours au niveau du cul-de-sac de la vaginale ; il peut pourtant se trouver un peu au-dessus du cul-de-sac et alors il est complètement en dehors de la séreuse ou un peu en dessous et, dans ce cas, il en est entièrement recouvert.

Sa couleur est blanc jaunâtre.

Ses dimensions sont variables ; ordinairement, il ne dépasse pas 12 à 14 millimètres de diamètre.

Il est constitué par un certain nombre de grains à contours irréguliers dont le plus grand diamètre mesure de 4 à 6 millimètres. Chaque grain est constitué par un tube à bouts fermés, enroulé sur lui-même, en forme de glomérule. Histologiquement, il se compose d'une gaine conjonctive tapissée en dedans par une

couche d'épithélium cylindrique à cils vibratiles.

A côté des formations tubuleuses, on trouve des formations vésiculeuses variant de $1/3$ à 2 millimètres de diamètre. Ces vésicules, qui présentent la même structure que les tubes, ne sont autre chose que des portions de ces derniers qui seraient dilatées en ampoule d'abord, puis isolées. Elles peuvent être très nombreuses et constituer à elles seules l'organe de Giraldès. A l'intérieur des tubes et des vésicules on trouve un liquide renfermant des gouttelettes de graisse, des cristaux de cholestérine et des cristaux de phosphate de chaux.

L'organe de Giraldès peut être formé exclusivement par des tubes ou par des vésicules ou bien par les deux à la fois. Dans tous les cas il a la même signification : il représente le reliquat de la partie inférieure du corps de Wolff. Il a pour homologue, chez la femme, un corps constitué par un ensemble de tubes situés entre l'ovaire et la trompe et qu'on désigne sous le nom de parovarium de His ou parophoron de Waldeyer.

D'après la description que nous venons de faire des deux hydatides de Morgagni, description classique, nous voyons que l'hydatide sessile ne possède pas de pédicule. Pourtant, pour que la torsion puisse se produire, un pédicule est indispensable, car on ne peut pas admettre qu'une petite masse charnue des dimensions de l'hydatide sessile puisse se tordre. Voici l'explication que Mouchet nous en donne :

« Je dis hydatide sessile parce que l'hydatide que

« j'ai vue tordue a le siège que l'on décrit à l'hydatide sessile de Morgagni ; elle est d'ailleurs la plus constante des deux hydatides. Et comme elle est aussi pédiculée que l'autre, on conçoit fort bien qu'elle puisse se tordre autour de son pédicule. »

Dans sa première observation publiée dans *Paris Médical*, il décrit son premier cas de torsion de l'hydatide *pédiculée* de Morgagni. Dans les observations suivantes, il se reprend et dit que ce n'est pas l'hydatide pédiculée, mais l'hydatide sessile qui est tordue. Les motifs de ce changement d'opinion, nous les trouvons dans le passage que nous avons cité plus haut.

Pourtant dans l'observation publiée en Angleterre, un an avant celles de Mouchet, Colt dit que la torsion siège sur l'hydatide pédiculée.

En dehors de cela, il existe deux observations de torsion de l'organe de Giraldès, dont une a été rapportée par Mouchet à la Société Nationale de Chirurgie, en octobre 1927.

Pour conclure, nous pouvons admettre que la torsion peut intéresser indifféremment aussi bien l'hydatide sessile lorsqu'elle possède un pédicule, que l'hydatide pédiculée ou l'organe de Giraldès.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pathologiquement, l'hydatide de Morgagni, telle qu'on la voit au cours des interventions, a un aspect différent de celui qu'elle présente à l'état normal.

Les modifications qu'elle subit portent sur :

La couleur. — Elle est rouge foncé ou noire.

On a vu des hydatides se présenter sous un aspect ecchymotique ; d'autres fois elles étaient simplement rougeâtres, leur base seule étant noire.

Le volume qui est plus gros.

L'aspect. — Le pédicule est tordu sur son axe. La torsion est difficile à constater, soit parce que le pédicule, très fin et très friable, se déchire, soit parce que, au moment où l'on tire sur l'hydatide, elle se « détorde » brusquement, comme un ressort. Le plus souvent on remarque un rétrécissement siégeant sur le pédicule qui est « entouré d'un fin sillon circulaire, noirâtre, comme si un fil très fin l'avait enserré » (Mouchet). Dans tous ces cas, l'examen histologique, qui a été pratiqué plusieurs fois, confirme l'existence de la torsion. Lorsque la torsion est visible à l'œil nu, on voit qu'elle est dirigée soit, le plus souvent, dans le sens des aiguilles d'une montre, soit, rarement, dans le sens contraire. Le nombre de tours qu'elle présente varie d'un individu à l'autre ; il peut y en avoir 1, 1 1/2, 2 et jusqu'à 5.

Dans les formes aiguës on constate que :

La peau et le tissu sous-cutané sont œdédiatiés.

La vaginale est épaissie, comme atteinte d'une inflammation chronique. Elle contient, en outre, une petite quantité de liquide séro-sanguinolent.

L'épididyme est œdédiatié et abondamment vascularisé. Il peut être augmenté de volume soit en totalité, soit dans ses deux tiers supérieurs, seulement.

Le testicule, plus gros, peut dépasser deux fois son volume normal.

Dans les formes frustes, au contraire, l'appareil épидидymo-testiculaire n'est pas atteint. Aussi bien l'épididyme que le testicule ne présentent ni augmentation de volume, ni vascularisation exagérée. Quelquefois seulement, on peut trouver dans la vaginale, qui n'est pas enflammée, un peu de liquide ne dépassant pas le volume de 10 cmc.

Dans les deux formes, le canal déférent se présente sous son aspect normal et le toucher rectal permet de sentir un prostate en parfait état.

Plusieurs fois, après la résection de l'hydatide de Morgagni, on en a pratiqué l'examen histologique. Le résultat est toujours le même ; il établit l'existence de la torsion, dans les cas où elle n'est pas visible macroscopiquement.

Voici le résultat d'un examen microscopique pratiqué par Lecène, dans un cas de torsion opérée par Mouchet :

« L'hydatide présente un revêtement épithélial normal. Le tissu conjonctif, qui forme la masse principale, est nettement œdémateux, sans infiltration leucocytaire inflammatoire. Les vaisseaux veineux sont dilatés. Il semble bien qu'il y ait un trouble circulatoire de l'ordre de la stase veineuse, avec œdème. »

ÉTIOLOGIE

La torsion de l'hydatide de Morgagni est une maladie de l'adolescence. L'âge auquel elle apparaît avec le maximum de fréquence varie entre 8 et 15 ans. On cite, cependant, plusieurs observations dans lesquelles la torsion a été constatée soit à l'âge de 11 mois, dans un cas de Foucault, soit à l'âge de 20 ans, dans une observation publiée par P. Bonnet, ou 23 ans, dans le cas rapporté par Jean.

Les deux côtés sont atteints avec la même fréquence.

Quant à la cause de la torsion, on peut admettre, avec Nicolleau, qu'il y a une disposition anatomique et une cause occasionnelle, qui en facilitent l'apparition.

La disposition anatomique consiste dans l'existence d'un pédicule très mince et assez long, qui permet à l'hydatide d'avoir une mobilité anormale.

La cause occasionnelle est beaucoup plus difficile à préciser.

Nous avons examiné 35 observations de torsion de l'hydatide de Morgagni et, au point de vue étiologique, nous sommes arrivés à départager les quatre groupes suivants :

1° *Un groupe de 13 cas* dans lesquels on ne trouve

aucune mention au sujet des antécédents des malades.

2° *Un groupe de 9 cas.* Les auteurs mentionnent avoir cherché, dans les antécédents, les causes qui auraient pu déclencher ces incidents, mais ils avouent n'avoir trouvé aucun indice ; ils se bornent à insérer, en ce qui concerne l'étiologie, les mentions suivantes : « en absence de tout traumatisme » ou « ni traumatisme, ni effort », ou encore « sans antécédents personnels et héréditaires ».

3° *Un groupe de 3 cas* dans lesquels on trouve des antécédents nets, précis, ayant pu donner naissance à une torsion de l'hydatide de Morgagni.

Dans deux cas — le premier de Mouchet et le deuxième de Michel et Nicolleau — nous trouvons comme cause des accidents, l'effort : « en portant un fardeau » (Mouchet).

Dans le troisième cas, dont nous publions l'observation, les antécédents sont nets, indiscutables ; il s'agit d'un traumatisme. Les signes, peu nets, nous ont fait penser à une torsion de l'hydatide de Morgagni, mais, n'en étant pas assez certains, nous nous sommes arrêtés au diagnostic probable de contusion du testicule, en attendant d'être fixés par l'intervention ; elle nous a montré une torsion de l'hydatide de Morgagni.

4° *Un groupe de 10 cas.* — C'est à ce chapitre que nous avons groupé toutes les observations, lues par

nous, ayant trait à une affection que nous avons trouvée décrite dans la littérature médicale anglaise et allemande et qu'on appelle : la torsion de l'hydatide de Morgagni chez la femme. Sous le nom d'hydatide de Morgagni, il faut comprendre, dans ces cas, des organes analogues à ceux déjà décrits plus haut et qui peuvent être, comme les autres, sessiles ou pédiculés ; ils se trouvent placés au niveau de l'extrémité frangée de la trompe utérine. Il s'agit, dans ces cas, de crises abdominales douloureuses, simulant l'appendicite et évoluant par poussées, qui peuvent devenir de plus en plus fréquentes et intenses — dans un cas l'évolution s'est faite en sept ans —. L'étiologie de cette affection est plus facilement contrôlable. Il s'agit de femmes de 15 à 36 ans. A part un cas unique, intéressant une jeune fille, tous les autres ont trait à des femmes mariées qui ont eu une ou plusieurs grossesses.

Dans presque toutes ces observations, les malades sont des femmes enceintes en imminence d'avortement ou de fausse couche ; il s'agit donc d'un état congestif intense du petit bassin qui semble bien être la cause de la torsion.

Nous croyons que la même cause, état congestif avec hémorragie dans l'hydatide de Morgagni, peut agir dans la torsion de l'hydatide chez l'adolescent. En effet, un traumatisme est capable de donner naissance à une congestion plus ou moins intense, accompagnée d'hémorragie au niveau de l'endroit traumatisé. L'apparition d'une hémorragie survenant

brusquement, nous la considérons comme une force suffisante à déclencher une torsion de l'hydatide de Morgagni.

Dans cet ordre d'idées on a incriminé :

1° *L'effort*. — L'interrogatoire des malades nous a permis de déceler plusieurs fois un effort dans leurs antécédents immédiats. On a répondu que l'on a vu des cas survenant brusquement la nuit, pendant le sommeil. Nous considérons cette objection comme très peu fondée et la rejetons, car en admettant que le mécanisme de la torsion soit toujours le même les causes qui la déterminent peuvent être multiples. Dans ces cas, un traumatisme pendant le sommeil pourrait en être la cause réelle.

2° *Le traumatisme* nous semble être une des causes les plus probables. Dans notre cas, il est indéniable que celui-ci est la vraie cause de la torsion.

3° *La masturbation*. — A ce sujet, plusieurs objections ont été formulées :

On cite l'observation d'un enfant de 11 mois. Naturellement, dans ce cas, la masturbation est à rejeter ; mais le traumatisme direct pourrait être la cause de la torsion.

En plus, on a objecté que la masturbation est un acte très fréquent chez les adolescents, tandis que la torsion est une maladie relativement rare.

Nous estimons que si on considère la masturbation

en tant que traumatisme, elle est capable de donner naissance à des accidents de torsion.

Donc, qu'il s'agisse de traumatisme, effort ou masturbation, nous estimons que nous nous trouvons en présence des trois grandes causes de la torsion de l'hydatide de Morgagni.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous distinguons actuellement deux grandes formes:

- 1° aiguës,
- 2° frustes.

FORMES AIGÜES

Le début est brusque.

Chez un enfant en pleine santé, apparaît d'emblée une douleur aiguë, inguino-scrotale, du côté intéressé.

Cette douleur s'atténue dans les heures qui suivent et c'est alors que l'examen nous permet de déceler les signes locaux.

Examen :

Inspection. — On remarque que la moitié correspondante du scrotum est tuméfiée ; il y a œdème sous-cutané.

Rougeur de la peau et augmentation de la chaleur locale.

Palpation est difficile à cause de la douleur qu'elle provoque.

Elle nous permet pourtant de constater que :

L'épididyme est augmenté de volume, soit en totalité, soit dans ses deux tiers supérieurs seulement.

La pression au niveau de son extrémité antérieure provoque le maximum de douleur, et, quelquefois, on peut sentir, à cet endroit, une masse du volume d'un pois, qu'on ne retrouve pas du côté sain.

Le testicule paraît doublé de volume et, le plus souvent, il est impossible de le distinguer de l'épididyme ; ils semblent constituer une masse commune.

Le cordon est, lui aussi, souvent épaissi et douloureux à la palpation.

La vaginale contient habituellement un peu de liquide.

L'état général est satisfaisant et a une importance réelle, au point de vue diagnostic.

La température qui se maintient entre 37°7 et 38°, ne dépasse guère 38°5.

Il n'y a pas de frisson.

Il peut y avoir quelques nausées ou un vomissement.

FORMES FRUSTES.

Leur symptomatologie, peu riche, est caractérisée par les signes locaux.

Le début est insidieux.

Il se fait par une gêne dans la marche, par une douleur fugace lorsque les cuisses frottent l'une contre l'autre. Elle peut s'irradier vers l'abdomen et entraîner la rétraction du testicule et un état de contraction du scrotum.

Exceptionnellement, le début peut être brusque. Il se révèle alors par une douleur assez intense, non persistante, cédant au repos et à la médication émolliente.

L'état général, non touché, est excellent.

La température ne dépasse nullement 37°5 ou 38°.

Il n'y a pas de malaise général.

Ce n'est que rarement, et surtout lorsque la douleur est plus intense, qu'on peut remarquer des sueurs abondantes, pâleur du visage et tendance à la syncope.

L'examen du malade permet de constater à :

l'inspection, une petite bosselure, très souvent visible sous la peau, par transparence. Elle est de couleur bleuâtre ou noirâtre. Elle semble coiffer l'extrémité supérieure du testicule. Le scrotum n'est nullement atteint ; il est normal.

Il n'y a ni œdème, ni rougeur.

La palpation permet de sentir, au même siège,

une petite tumeur, presque toujours arrondie, quelquefois aplatie, douloureuse au toucher, difficilement délimitable, de consistance ferme et élastique.

Le cordon spermatique est normal.

Le testicule et l'épididyme, non touchés, ont la même consistance et le même volume que du côté sain.

Il n'y a pas d'hydrocèle ; on peut, pourtant, trouver, au moment de l'intervention, une petite quantité de liquide, ne dépassant jamais le volume de 10 cmc.

ÉVOLUTION

Deux cas peuvent se présenter :

- 1° Le diagnostic est sûr et alors on n'intervient pas ;
- 2° Le diagnostic est douteux et alors on intervient.

Dans le premier cas, on observe cliniquement, au bout de quarante-huit heures, une rétrocession des phénomènes inflammatoires et la sédation de la douleur, sous l'influence du repos et de la médication émolliente ; la guérison s'ensuit.

Ombredanne a rapporté le cas d'un enfant présentant une torsion de l'hydatide, accompagnée d'une douleur aiguë, sans lendemain.

On peut se demander, avec Leveuf, si certaines torsions ne peuvent pas se terminer par une détorsion spontanée. En dehors de ces cas, il se peut que, ou bien que l'hydatide tordue se sépare de son pédicule et tombe dans la cavité vaginale, ou bien, si elle ne tombe pas, quelle se flétrisse. Par la suite, la vaginale pourra rester épaissie, mais la guérison sera définitive.

Dans les formes moins heureuses, les malades présentent des hydrocèles à répétition ou des crises douloureuses, séparées par des intervalles plus ou moins longs d'accalmie.

Dans les cas qu'on a pu opérer, à la suite de telles crises, on a toujours trouvé une hydatide tordue et qui faisait office d'épine irritative.

Dans le deuxième cas, à la suite de l'intervention chirurgicale, il y a cessation immédiate de tout phénomène douloureux, la température descend à 37°, l'état général demeure très bon et la guérison survient en sept à dix jours.

L'affection, bénigne, guérit toujours par son évolution naturelle ; mais étant donné que sa symptomatologie est très voisine de celle de la torsion du testicule, dont les suites en l'absence d'intervention sont autrement graves : atrophie de la glande ou son élimination au milieu d'accidents phlegmoneux — le

diagnostic étant quelquefois difficile, il faut toujours suivre la même conduite :

Intervenir dès l'apparition des accidents.

DIAGNOSTIC

Bien que la torsion de l'hydatide de Morgagni ne possède pas de symptomatologie propre, elle présente pourtant une série de signes de probabilité qui aident fortement à poser le diagnostic de cette affection.

Le diagnostic n'est indiscutable que dans les cas très rares cités par Leveuf et par Broster, où on peut trouver une petite tumeur, ou lorsque, ayant à examiner le malade dans les premières heures de sa maladie, la palpation provoque le maximum de douleur au niveau du sillon qui sépare la tête de l'épididyme du testicule. En dehors de ces cas exceptionnels, le diagnostic est beaucoup plus difficile, et alors on se basera sur :

Début brusque, avec douleur peu marquée.

Absence de signes généraux graves, la température ne dépassant pas 38°.

Absence de douleur vive au niveau du cordon.

Gonflement modéré du testicule.

Evolution subaiguë.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

En présence d'une telle orchite, survenant chez un enfant, en dehors de tout antécédent spécifique ou gonococcique — affections, d'ailleurs, extrêmement rares — ou de maladie infectieuse aiguë, le diagnostic se pose avec :

1^o *Orchites aiguës dues à une torsion du cordon.*

« Pourra-t-on, à l'avance, affirmer, soit la torsion du cordon, soit la torsion de l'hydatide ? Je le crois, dans l'immense majorité des cas. Mais il faut reconnaître qu'il n'y a pas de signe pathognomonique, pas de signes de certitude » (Mouchet).

La torsion du cordon se traduit par :

Douleur brusque, très intense, apparaissant en pleine santé.

Tuméfaction du scrotum.

Œdème des téguments.

Epanchement de la synoviale.

Testicule gros, impossible à différencier de l'épididyme.

Et surtout *cordon* gros et douloureux, la tuméfaction remontant plus ou moins haut, du côté du canal inguinal.

En quelques jours la température et la douleur diminuent ; il y a résorption de l'épanchement et finalement atrophie ou infection testiculaire.

Donc en présence d'une orchite franchement aiguë avec :

Douleur très vive.

Température à 39° ou 40°.

Cordon tuméfié et douloureux.

Epanchement assez abondant de la synoviale.

Le diagnostic doit se porter vers la torsion du cordon.

La description, faite plus haut, correspond à ce que Gosselin appelait orchite des masturbateurs, origine que Ombredanne admet comme étant celle des torsions du cordon.

2° Orchites par contusion du testicule.

Le diagnostic est souvent difficile, et alors il ne peut être tranché que par l'intervention.

Les signes suivants :

Traumatisme, dans les antécédents,

Douleur intense, syncopale, entraînant parfois la mort,

Augmentation de volume du testicule, qui est douloureux à la palpation.

Absence complète de signes généraux et d'hyperthermie,

Evolution vers l'atrophie,

plaident en faveur d'un traumatisme. Ce n'est que devant l'ensemble de tous ces signes que l'on peut

penser à porter le diagnostic de traumatisme, car dans l'observation que nous publions, l'enfant nous dit avoir eu une contusion du testicule, on porte le diagnostic de traumatisme du testicule, sous réserve, et l'intervention nous montre une torsion de l'hydatide.

3° Kystes de l'épididyme.

Les kystes prennent naissance dans le sillon épидидymo-testiculaire, le plus souvent à sa partie antérieure où siège l'hydatide de Morgagni.

Son volume au début de son évolution est de la grandeur d'une cerise, mais il peut subir des poussées évolutives, devenir très volumineux et remonter jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal.

Le diagnostic, pourtant, ne présente pas toujours des grosses difficultés.

Les signes qui plaident en sa faveur sont :

Début insidieux par sensation de gêne, de pesanteur et non pas une douleur franche.

Volume variable d'un jour à l'autre.

Absence de douleur et de gonflement de l'appareil épидидymo-testiculaire.

4° Début d'orchite aiguë tuberculeuse.

Dans les orchites aiguës tuberculeuses le début est brutal, douloureux. *

Il se traduit par des signes d'inflammation subaiguë caractérisés par :

Température 38°-38°5.

Scrotum tuméfié, peau rosée.

Epanchement de la synoviale et par le fait qu' « on sent quelque chose en dessous » (A. Martin).

En trois à six jours les signes vont s'amender.

C'est à cette période que le diagnostic présente une grosse difficulté, car ces signes se superposent à ceux de la torsion de l'hydatide de Morgagni.

Lorsque on se trouve en présence d'un tel tableau clinique, il ne faut jamais négliger de chercher les antécédents, car lorsqu'ils existent, ils sont d'un gros intérêt au point de vue diagnostique.

Il s'agit en général d'enfants mal venus, présentant des antécédents de tuberculose.

A la période d'état, le diagnostic n'est plus discutable, il s'impose.

La température oscille entre 37° et 37°5.

La partie inférieure de l'hémiscrotum touché est tuméfiée ; la peau devient mince et une fistule prend naissance.

5° *Les oreillons passés inaperçus* sont d'un diagnostic délicat car le signe cardinal des oreillons, la parotidite, manque.

C'est une affection assez rare si on tient compte du fait qu'il n'y a qu'un petit nombre d'oreillons qui passent inaperçus et qu'il n'y a qu'un nombre réduit d'oreillons qui donnent des orchites.

Il y a pourtant un certain nombre de signes qui par leur présence font penser aux oreillons.

C'est d'abord un état infectieux se traduisant par début brutal avec température entre 39° et 40°, agitation, délire, frissons, pouls accéléré.

On remarque ensuite la rareté de l'atteinte de l'épididyme qui n'est qu'exceptionnellement touché.

Enfin, le fait capital qui tranche le diagnostic, mais qui, malheureusement, n'existe pas toujours, est la bilatéralité des lésions. Elle peut être simultanée ou successive et alors un intervalle de deux à trois jours sépare les 2 poussées.

TRAITEMENT

Anesthésie générale ou locale, chez les grands enfants.

Incision des téguments scrotaux de l'hémiscrotum touché.

Incision de la vaginale.

Evacuation de l'épanchement, lorsqu'il existe.

Résection de l'hydatide, précédée ou non de la ligature du pédicule.

Suture de la vaginale, par des points de catgut.

Suture du scrotum, avec des crins de Florence.

Réunion *per primum*.

OBSERVATION

L'enfant B... Lucien, 11 ans, entre à l'hôpital le 12 janvier 1934, à la suite d'un coup reçu au niveau des bourses.

Les signes fonctionnels sont peu accentués : la douleur, vive au moment du traumatisme, s'est atténuée par la suite. Les signes généraux sont absents ; tout au plus peut-on noter une ébauche de température à 37°8.

A l'examen physique, la peau des bourses est légèrement rosée. Le testicule semble un peu augmenté de volume ; sa palpation est douloureuse et lorsqu'on pince la vaginale, il semble exister une légère nappe d'hydrocèle.

Le cordon est un peu sensible. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal. On porte le diagnostic de contusion du testicule droit : pourtant les parents de l'enfant nous affirment que, le traumatisme ayant eu lieu il y a plusieurs jours, aucune amélioration ne semble devoir se dessiner : la douleur à la palpation est plus vive que précédemment, au dire de l'enfant. On décide d'intervenir.

Intervention (Dr Fayot) pratiqué le 12 janvier.

Anesthésie générale à l'éther. Incision scrotale droite, puis ouverture de la vaginale d'où s'échappe une certaine quantité de liquide citrin.

Le testicule droit est un peu augmenté de volume ; l'épididyme est absolument normal.

A la partie moyenne du sillon épидидymo-testiculaire, on constate une hydatide de Morgagni tordue autour de son pédicule ; l'hydatide est brillante, noirâtre, de la grosseur d'une lentille ; elle est tordue deux fois autour de son pédicule..

Ligature du pédicule au catgut 00 et ablation de l'hydatide. Suture de la vaginale au catgut fin.

Fermeture de la peau au fil de lin, sans drainage.

Suites opératoires simples et apyrétiques.

L'enfant sort complètement guéri le 22 janvier 1934.

CONCLUSIONS

Comme suite à l'exposé que nous venons de faire, il se dégage les conclusions suivantes :

1° Nous nous trouvons en présence d'une affection non exceptionnelle, mais rare. Mouchet dit qu'en deux ans il a opéré deux torsions d'hydatide et cinq torsions de testicule. De plus, nous trouvons dans la littérature médicale des publications sporadiques, aucun auteur n'ayant pas réuni plus de trois observations publiées ensemble.

2° Le plus souvent, le diagnostic est difficile à établir et alors on se trouve en présence d'une série de diagnostics différentiels.

3° Nous avons décrit deux formes cliniques, les formes aiguës et les formes frustes, mais, entre les deux, il peut y avoir toute une gamme intermédiaire. Nous avons vu des cas évoluant dans une seule poussée et d'autres dont l'évolution s'était faite pendant plusieurs années par des épisodes aigus, séparés par des périodes d'accalmie.

4° Le traitement chirurgical n'est pas formellement indiqué puisqu'on a vu des torsions de l'hydatide guérir uniquement par l'expectation et le traitement médical.

Toutefois, le traitement sera indiqué chaque fois qu'on se trouvera en présence d'une orchite aiguë de nature indéterminée et qui ne fait pas sa preuve.

Vu : le Président de la thèse,
LENORMANT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer:
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abernethy (D. A.).* — Torsion and strangulation of hydatid of Morgagni (British Medical Journal, année 1929, 26 janvier, pp. 144-145).
- Andry et Bec.* — Un cas de torsion de l'hydatide sessile de Morgagni (Cahiers de pratique, mars-avril 1931, n° 2, p. 126).
- Bergeret et Denoy.* — Orchite subaiguë des enfants par torsion de l'hydatide de Morgagni (Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie. Paris, année 1924, pp. 878-881).
- Bezançon (F.).* — Pathologie médicale, t. II, pp. 300-301.
- Bonnet (G.).* — Torsion ou infarctus de l'hydatide de Morgagni chez un adulte, en ayant imposé pour un engouement herniaire (Société de Médecine militaire française, décembre 1930, n° 9, p. 289, séance du 11 décembre 1930).
- Broster (L. R.) et Coyte (R.).* — Torsion of appendix of tests (hydatid of Morgagni) (British Medical Journal, année 1929, janvier 1926, p. 145).
- Denoy et Codet.* — Quelques remarques sur trois cas de torsion de l'hydatide de Morgagni, chez l'enfant (Gazette des hôpitaux de Paris, 17 et 19 février, n° 14, p. 226-227).
- Fèvre et Bureau.* — Torsion d'une hydatide de Morgagni dans un cas de testicule ectopique, opéré par orchidopexie (Annales d'Anatomie pathologique, juin 1929, t. VI,

n° 6, p. 694 ; Communiqué à la Société d'Anatomie de Paris, séance du 6 juin 1929).

Fèvre. — Torsion de l'hydatide de Morgagni (Annales d'Anatomie pathologique, juin 1929, t. VI, n° 6, p. 693 ; Communiqué à la Société d'Anatomie de Paris, séance du 6 juin 1929).

Flach. — Torsion de l'hydatide de Morgagni (Bulletin de la Société de Chirurgie, Marseille, mars 1930, t. V, n° 3, p. 118).

Heinrich (A.). — Hemorrhage into hydatid of Morgagni simulating acute appendicitis (American Journal of obstetrics, janvier 1931, pp. 120-122).

Jean. — Torsion de l'hydatide sessile de Morgagni (Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie, Paris, année 1925, pp. 506-509).

Leveuf. — Trois observations de torsion de l'hydatide sessile de Morgagni (Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie, Paris, année 1925, pp. 423-432).

Martin (André). — Orchites aiguës chez l'enfant (Semaine des hôpitaux de Paris, 15 février 1927, n° 3, p. 67).

Mouchet (Albert). — Sur une variété d'orchite aiguë de l'enfance due à une torsion de l'hydatide de Morgagni (Presse Médicale, 30 mai 1924, p. 485).

— Les formes frustes de la torsion de l'hydatide sessile de Morgagni (Presse Médicale, 24 octobre 1928, n° 85).

Michel et Nicolleau. — Torsion de l'hydatide de Morgagni (Archives de Chirurgie franco-belges, Bruxelles, juin 1923).

— Torsion de l'hydatide de Morgagni (Archives de Chirurgie franco-belges, Bruxelles, année 1924, t. XXVII, pp. 813-815).

Nicolleau. — Thèse à la Faculté de Médecine de Paris, année 1924, vol. 30.

Olry, Rocher, Rioux. — Orchite subaiguë de l'adolescence par torsion de l'hydatide sessile de Morgagni. Discussion



